

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Anatole COULLOUMME-LABARTHE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris
Médaille de Bronze de l'Assistance publique

LA LITHIASÉ

APPENDICULAIRE

(ÉTUDE CLINIQUE)

PRÉSIDENT : M. HUTINEL, professeur.

JUGES : MM. GILBERT, MÉNÉTRIER et WIDAL.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*

PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901

671

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41550226_0083

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1901

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 20 Juillet 1901, à 1 heure

PAR

Anatole COULLOUMME-LABARTHE

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

Médaille de Bronze de l'Assistance publique

LA LITHIASSE

APPENDICULAIRE

(ETUDE CLINIQUE)

PRÉSIDENT : M. HUTINEL, professeur.

JUGES : MM. GILBERT, MÉNÉTRIER et WIDAL.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites
sur les diverses parties de l'enseignement médical*



PARIS

JULES ROUSSET

Librairie Médicale et Scientifique

36, Rue Serpente, 36

En face la Faculté de Médecine

1901

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. BROUARDEL.

PROFESSEURS

Anatomie, MM. FARABEUF. — Physiologie, CH. RICHEL. — Physique médicale. GARIEL. — Chimie organique et chimie minérale, GAUTIER. — Histoire naturelle médicale, BLANCHARD. — Pathologie et thérapeutiques générales, BOUGHARD. — Pathologie médicale, HUTINEL, BRISSAUD. — Pathologie chirurgicale, LANNELONGUE. — Anatomie pathologique, CORNIL. — Histologie, MATHIAS DUVAL. — Opérations et appareils, BERGER. — Pharmacologie et matière médicale, POUCHET. — Thérapeutique, LANDOUZY. — Hygiène, PROUST. — Médecine légale, BROUARDEL. — Histoire de la médecine et de la chirurgie, N. — Pathologie expérimentale et comparée, CHANTEMESSE.

Clinique médicale, MM. JACCOUD. HAYEM, DIEULAFOY, DEBOVE. — Clinique des maladies des enfants, GRANCHIER. — Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, JOFFROY. — Clinique des maladies syphilitiques, FOURNIER. — Clinique des maladies du système nerveux, RAYMOND. — Clinique chirurgicale, TERRIER, DUPLAY, LE DENTU, TILLAUX. — Clinique ophtalmologique, PANAS. — Clinique des maladies des voies urinaires, GUYON. — Clinique d'accouchement, BUDIN, PINARD. — Clinique gynécologique, FOZZI. — Clinique chirurgicale infantile, KIRMISSON.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD	DESGREZ	LEGUEU	TEISSIER
ALBARRAN	DUPRE	LEJARS	TIERRY
ANDRÉ	FAURE	LEPAGE	THIROLOIX
BONNAIRE	GAUCHER	MARFAN	THOINOT
BROCA Auguste	GILLES DE LA	MAUCLAIRE	VAQUEZ
BROCA André	TOURETTE	MÉNÉTRIÉR	VARNIER
CHARRIN	HARTMANN	MERY	WALLICH
CHASSEVANT	HEIM	REMY	WALTER
DELBET	LANGLOIS	ROGER	WIDAL
	LAUNOIS	SEBILEAU	WURTZ

Chef des Travaux anatomiques..... M. RIEFFEL

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. THIROLOIX

Professeur agrégé à la Faculté de médecine
Médecin des Hôpitaux

Vous avez bien voulu, mon cher Maître, me témoigner particulièrement durant mes études, une excessive bienveillance, et m'aider souvent de vos conseils éclairés. Permettez-moi de vous exprimer ici combien je vous suis reconnaissant de toutes vos bontés à mon égard.

A. COULLOUMME.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur à la Faculté de médecine de Paris

Médecin des Enfants-Assistés

Chevalier de la Légion d'honneur

LA LITHIASÉ APPENDICULAIRE

AVANT-PROPOS

M. le Docteur Thiroloix nous communiquait il y a quelques temps deux observations de lithiasé appendiculaire qui firent sur notre esprit une profonde impression.

Leur mode de début brutal, leur symptomatologie en apparence bénigne, cachant des lésions graves, si graves même, que les malades eussent fatalement succombé si l'on n'était pas intervenu quand même rapidement; tout cela nous donna à réfléchir, et ne laissa pas de nous troubler rapidement, à cette heure où seul et non plus comme élève, il allait falloir encourir des responsabilités, remplir de notre mieux le devoir si délicat de médecin.

Les questions se rattachant à l'appendicite sont encore aujourd'hui brûlantes.

Les uns, ce sont les intransigeants ceux-là, veulent opérer toujours et quand même cette affection.

Les autres, les opportunistes, pensent qu'il vaut mieux ne pas se presser, attendre et agir selon les circonstances.

Sans doute, il en coûte au praticien de proposer à une famille, voire même à un hospitalisé, l'intervention chirurgicale, en présence de symptômes qu'ils considèrent dans leur ignorance de la question, comme absolument insignifiants. Cependant les deux cas que nous relisons encore, presque avec effroi, nous montrent ce que valent des temporisations, une attente, scientifiquement dirigée si l'on veut. Que fût-il advenu des malades dont nous parlons si le couteau du chirurgien n'était pas allé chercher le mal dans son foyer, aussi vite ? L'autopsie à bref délai, eut fatalement fait connaître que ces symptômes en apparence benins, comportaient au contraire une grande malignité.

A la suite de ces constatations, nous avons cru faire œuvre utile, en essayant d'étudier aujourd'hui dans la famille appendiculaire, si nombreuse, si bizarre, un type nettement caractérisé, absolument défini et toujours tributaire du même traitement ; nous voulons parler de la lithiase appendiculaire.

Nous sommes persuadé que c'est par l'étude systématique de chaque membre de la grande famille appendiculaire, qu'on arrivera à poser pour chaque cas particulier des indications thérapeutiques exactes et à réaliser sur cette question une entente parfaite.

Nous nous occuperons, répétons-le, dans cet écrit de l'appendicite calculeuse exclusivement, et nous essayerons de trouver sa caractéristique dans

a) Son étiologie ;

b) Ses lésions anatomiques ;

Son Evolution.

Ce travail comprendra : trois parties précédées d'un court historique, suivis d'observations, et du diagnostic avec le traitement.

Avant d'aborder le sujet, nous sommes heureux de venir remercier, tous ceux dont la science, le dévouement et l'amitié nous furent acquis au cours de nos études.

Nos maîtres dont nous garderons toujours le meilleur souvenir, MM. les docteurs Bazy, Brault, Reclus, Legendre, Comby, Felizet, Michaux, Champetier de Ribes, Legueu. Troisier.

Nos excellents amis, les docteurs Martin et Chaillou, de l'Institut Pasteur, Camus, chef du laboratoire de physiologie, Jean Camus, interne des hôpitaux, Chevereau, notre premier maître en bactériologie, Sarremone, qui tous ne nous ménagèrent pas leurs conseils et leur amitié.

M. le professeur Hutinel veut bien nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous l'en remercions sincèrement et nous le prions de recevoir l'expression de notre profond respect.

HISTORIQUE

Quelques lignes d'histoire vont nous faire brièvement assister à l'évolution de l'appendicite en général.

La connaissance de cette affection n'est pas de vieille date, cependant si elle est connue à peine depuis quelques années, il faut dire que nos prédécesseurs l'ont au moins pressentie.

Vers la seconde moitié de l'avant dernier siècle en 1759, Mestivier signalait pour la première fois la possibilité de perforations de l'appendice.

L'idée excellente sans doute mais tombant dans un milieu peu préparé à la recevoir, ne trouva pas le moindre écho dans le monde médical.

Cinquante ans plus tard en 1809, Jadelot, Louyer, Willemey, entreprirent à nouveau l'étude des perforations appendiculaires; leurs travaux sans doute bien incomplets et peu précis, font néanmoins entrevoir de nouveaux horizons, qui ne demandent qu'à s'éclaircir; mais cette fois encore, soit que le sujet eût été trop délicat, soit que le zèle des auteurs ait pu se refroidir en présence de l'accueil plutôt sceptique fait à leurs déclarations, les choses en

restèrent là encore une fois et l'antique typhlite continua de vivre sans être inquiétée.

Enfin en l'année 1886 voici de nouveau l'idée de Mestivier reprise. Quelques chirurgiens américains parmi lesquels nous devons surtout signaler Mac-Burney, tentèrent l'expérience. Avec la persistance et l'audace qui caractérisent leur race, ils se mettent à l'œuvre, font de nombreuses recherches et tout à coup passant de la théorie à la pratique osent entreprendre une nouvelle intervention, l'incision précoce de la pérityphlite ; l'appendice leur apparaît malade, et non pas le cœcum comme on le croyait jusqu'alors ; la déclaration de Mestivier se voit donc vérifiée plus de cent après qu'il l'avait faite et tout un ordre d'idées sur les affections péri-cœcales se trouve renversé par le fait même.

L'intervention des chirurgiens américains fut comme une révélation pour le corps médical tout entier. De tous côtés, en Europe comme en Amérique les expériences et les recherches marchèrent bon train, une sorte de fièvre scientifique s'empara des chirurgiens et des médecins fortement unis en cette circonstance dans la même pensée, et jamais peut-être ques'ion médico-chirurgicale, ne fut étudiée avec autant d'énergie et de passion. Les travaux du reste furent couronnés d'un plein succès ; près de trois ans à peine s'étaient écoulés qu'il ne restait plus de l'ancienne typhlite et paratyphlite qu'un vague souvenir. Désormais les accidents morbides mal connus et méconnus en cette région cœcale par nos prédécesseurs,

se trouvaient bien étudiés et justement désignés sous le nom d'appendicite.

Il est de notre devoir de citer ici ceux dont les travaux remarquables contribuèrent le plus à opérer la réforme : Roux de Lausanne, Talamon et Dieulafoy en France, furent les grands promoteurs du mouvement qui se poursuit encore.

Le chemin parcouru dans la connaissance de cette question est considérable ; il y a certainement bien loin, de nous à Mestivier ; cependant, ainsi que nous le disions tout à l'heure, que de choses à faire pour mettre définitivement au point un sujet si vaste, fécond en surprises de tous genres, et en bizarreries impossibles parfois à prévoir.

La grande famille appendiculaire est connue aujourd'hui dans son ensemble, on sait qu'elle est nombreuse, qu'elle comprend plusieurs membres ayant entre eux d'étroites relations, mais aussi, distinctes sous beaucoup d'aspects ; ce que l'on ne sait pas ou du moins que l'on ne connaît pas encore très bien, ce sont les relations que nous médecins devons avoir avec chaque membre en particulier. Le jour où cette lacune sera remplie, l'entente parfaite dans les relations avec la famille entière ne sera pas loin de se réaliser.

PREMIÈRE PARTIE

Considérations anatomiques et histologiques sur l'Appendice — Quelques mots de bactériologie

Le gros intestin n'est pas la suite naturelle de l'intestin grêle ; ce dernier au lieu de s'ouvrir à plein canal avec le gros intestin, se fixe un peu obliquement sur lui à 0,07 ou 0,09 centimètres de l'endroit où se trouverait sa continuation normale, de telle manière, qu'il forme un angle à peu près aigu, dont un des côtés est représenté par la partie de ce même intestin grêle qui s'implante, et l'autre côté par le cul de sac résultant de cette implantation.

Ce cul de sac appelé *cæcum*, d'aspect à peu près semblable à celui du colon, c'est-à-dire ayant comme lui des bosselures, est placé dans la fosse iliaque droite et se trouve en rapport en avant avec la paroi abdominale, en arrière avec le fascia iliaca.

En son fonds il se continue avec un petit canal vermiculaire de longueur et de positions diverses, qu'on appelle l'appendice *ilæo-cæcal*.

Si nous ajoutons que le cœcum est de l'avis d'un certain nombre, un organe devenu inutile et en voie d'atrophie, nous aurons dit tout ce qu'il était nécessaire d'exposer pour l'intelligence de notre sujet.

Nous allons nous arrêter davantage sur l'appendice.

Il serait très malaisé de donner des détails exacts sur la configuration extérieure de l'appendice.

Assurément il se continue toujours avec le fond du cœcum, il est toujours comme ce dernier entouré de toutes parts par le péritoine, il possède toujours un méso fin et délicat, mais sa forme, sa longueur, sa position ne sont rien moins que fixes; il est, nous le croyons, difficile de rencontrer sous ces rapports, deux appendices qui se ressemblent.

De forme irrégulière, le plus souvent sinueux et infléchi par suite des tractions de son méso, il peut être rectiligne si le méso est lâche.

En prenant une moyenne relativement à ses diverses longueurs on peut lui fixer de 0,07 à 0,10 centimètres de long. Il existe toutefois des appendices bien plus considérables; nous avons sous les yeux une pièce, enlevée il y a quelques jours à peine à un malade de l'hôpital Beaujon, qui mesure 0,19 centimètres de long. De semblables proportions sont du reste rares.

Quant à sa position sur le cœcum l'appendice est encore bien moins régulier; il peut être « horizontal en dedans, descendant dans le petit bassin, ascendant en arrière ou en dedans », on le trouve toutefois le plus souvent fixé à

la partie postéro-inférieure gauche du fond du cœcum.

L'appendice avons-nous dit plus haut est un canal vermiculaire, son calibre dès lors est fort petit, de plus il s'abouche avec le cœcum par une ouverture d'à peine 0,005 millimètres à l'état normal, fermée par une valvule, la valvule de Gerlach qui peut, il est vrai ne pas toujours exister.

Ces dernières constatations sont très importantes au point de vue de la pathogénie ; nous dirons en outre (et le fait est encore à noter) que l'ouverture du canal chez l'enfant n'a pas la même forme, n'a pas le même calibre que celle de l'adulte. Aux premiers âges de la vie et longtemps après, elle est évasée en forme d'entonnoir et plus large par le fait, que l'ouverture d'un canal d'adulte.

Passons maintenant à la constitution histologique du canal appendiculaire.

Nous allons en étudiant sa structure interne, nous trouver en présence d'un organe riche à l'infini en lymphatiques, le nombre et l'activité de ces derniers n'est pas comparable au nombre et à l'activité des lymphatiques disséminés dans les autres portions de l'intestin, l'appendicé possède sur elles une supériorité considérablement marquée ; on peut dire de lui qu'il est un véritable organe lymphoïde, une sorte d'amygdale aussi sensible que celle-ci aux influences extérieures et aux attaques microbiennes, si fréquentes dans ces systèmes de l'économie humaine ; ce point mérite d'être souligné ; en effet il n'est pas possible comme nous le verrons plus loin de comprendre le pro-

cessus de la maladie si on ignore la constitution histologique de son siège, surtout ce dernier point.

En allant de dedans en dehors nous trouvons dans l'appendice :

- 1° Une muqueuse ;
- 2° Une couche sous-muqueuse ;
- 3° Une couche musculaire ;
- 4° Une séreuse.

L'importance de ces quatre couches n'est pas la même, elles jouent toutes cependant un rôle, dans l'appendicite calculeuse.

a) Muqueuse. — Elle est formée par un chorion cellulovasculaire revêtu d'une couche d'épithélium cylindrique et renfermant un nombre considérable de glandes en tubes simples, rarement bifides, appartenant au type de Lieberkhun.

Une mince lame de fibres musculaires, la *muscularis mucosa*, sépare la muqueuse de la sous-muqueuse. Les culs de sac des tubes glandulaires, arrivent à son voisinage, se trouvant ainsi séparés par cette mince barrière musculaire, de la partie superficielle de la couche sous-muqueuse, dans laquelle se rencontrent en grand nombre les follicules lymphatiques.

b) Sous muqueuse. — Elle comprend trois étages : 1° un étage superficiel ; 2° un étage moyen ; 3° un étage profond.

1° L'étage superficiel se trouve immédiatement au-dessous de la musculaire sous-muqueuse ; on y remarque un

nombre relativement fort de follicules lymphatiques, représentant tout à fait la structure caractéristique du tissu réticulé des ganglions lymphatiques, et des amygdales; ces follicules sont sphériques ou plus souvent aplatis, formant des amas coniques dont la base repose sur la face profonde de la musculaire sous-muqueuse.

2° L'étage moyen est lâche et renferme des pelotons graisseux assez nombreux, c'est lui qui permet le glissement de la muqueuse sur les tuniques musculaires.

3° L'étage profond est surtout caractérisé par la présence de gros troncs vasculaires, artérioles, veinules, troncs lymphatiques qui s'y étalent et s'y subdivisent.

c) *Musculaire*. — Cette tunique est relativement considérable; elle est formée par deux couches de fibres musculaires lisses nettement accusées, la plus interne de fibres circulaires, la plus superficielle sous-jacente au revêtement séreux, de fibres longitudinales.

d) Enfin la tunique séreuse permet de distinguer deux couches: 1° L'une dont la structure est celle de toutes les séreuses; 2° l'autre sous-séreuse, celluleuse très mince à l'état normal et dans laquelle rampent les troncs vasculaires qui abordent l'appendice ou bien qui en partent.

Ce riche réseau lymphatique est l'hôte d'une vraie colonie de microbes de toutes sortes, qui pullulent à l'envie dès qu'un appendice est malade ou qu'une influence quelconque vient exciter leur ardeur.

Le coli-bacille se fait particulièrement remarquer par sa supériorité numérique et son activité, ce qui est prouvé

par tous les bactériologistes. Le streptocoque lui aussi habite ces régions en quantité assez imposante ; on y rencontre, mais en moins grand nombre le staphylocoque. Enfin une multitude de bacilles non définis complète la colonnie.

Sur 20 cas soumis à son examen, Achard a trouvé : le coli-bacille 7 fois seul et dix fois associé avec le streptocoque qu'il semblait affectionner, tandis que rarement le staphylocoque se rencontrait avec lui. Toujours par exemple dans les cas d'associations, une multitude d'autres microbes indéterminés accompagnaient le coli-bacille.

On peut supposer à priori les ravages de ces hôtes dangereux, dès qu'une cause excitante quelconque vient mettre en jeu leur virulence.

DEUXIÈME PARTIE

CHAPITRE I

Description des calculs appendiculaires.

Si l'existence de corps étrangers dans le canal de l'appendice est connue depuis longtemps, il n'en est pas de même des concrétions calculeuses. Leur présence cependant est loin d'être rare. Tous les chirurgiens qui ont opéré l'affection se sont trouvés bien souvent en face de ce genre d'appendicite. Mais (de nombreuses observations nous l'apprennent) cette lithiase particulière a été méconnue en plusieurs circonstances.

Ouvrons Volz dans son article sur l'appendicite calculeuse, il cite différents cas où soit inadvertance, soit confusion, où peut-être, pour le simple motif que l'idée de la possibilité de calculs dans le canal appendiculaire ne venait pas à l'opérateur, les corps étrangers rencontrés à l'occasion

d'une intervention par cet opérateur, étaient toujours jugés à simple vue et de la façon la plus romanesque.

Ainsi Briquet prend une concrétion fécale de l'appendice pour une graine de melon, sans l'avoir examinée, parce seul fait que le malade avait mangé du melon le jour qui précéda sa maladie (obs. XX).

Dans une autre circonstance la même erreur se produit à l'endroit d'un haricot, parce que huit jours avant son opération le malade avait mangé des haricots verts (obs. XXIV).

Bon nombre de confusions semblables pourraient être relatées ici ; et il n'est pas le moins du monde surprenant que de telles erreurs se soient produites.

En effet, on accusait autrefois volontiers comme seules causes d'appendicite, les corps étrangers et surtout les noyaux de cerises, opérant par leur irruption dans le canal, les ravages que l'on connaît. Pourquoi dès lors vouloir chercher une autre explication de leur présence, et ne pas se contenter de les caractériser *de visu* lorsqu'on les rencontrait. En somme, l'erreur était naturelle et découlait des conceptions d'alors sur la maladie.

Les recherches scientifiques les plus autorisées ont fait grâces de toutes ces idées aujourd'hui ; sans doute il peut y avoir et il y a même parfois dans le canal de l'appendice des corps autres que des calculs ; mais les observations montrent qu'il existe aussi des concrétions calculeuses, dont le processus et la constitution ont été étudiés avec soin.

Ces concrétions constituent un genre spécial de l'affection appendiculaire, avec sa marche particulière.

Nous basant sur nos recherches personnelles, et tablant sur 65 cas opérés : nous pouvons dire qu'à l'hôpital Tenon où cette maladie a été traitée 65 fois, on a noté 8 fois la présence de calculs dans le canal appendiculaire. Donc la lithiasie appendiculaire se présentait dans la proportion de 12 p. 100 environ.

On ne saurait donner une description typique du calcul appendiculaire, peu se ressemblent en effet et si l'analyse chimique et microscopique, faites à leur endroit, ont pu généralement découvrir chez eux des caractères analogues, il n'en est pas moins vrai, que les calculs se différencient presque tous les uns des autres.

a) *Forme.* — Leur forme nous présente tous les aspects. On en trouve de ronds, d'ovales, de cylindriques, de pointus, de cubiques etc, etc. Parfois (et les erreurs anciennes viennent de là) ils affectent la forme d'une graine ou noyau de fruit, celle d'un pépin de raisin, par exemple, d'un grain de pavot, d'une lentille, etc, etc.

Comme on le voit, bien peu constante se trouve être leur forme (1).

b) *Couleur.* — En général la couleur se confine aux quatre types. Brunâtre, jaunâtre, blanchâtre, grisâtre ; il peut parfois exister d'autres genres de couleurs, mais alors

(1) La planche gravée à la fin de ce travail nous donne divers aspects du calcul appendiculaire.

le calcul paraît plutôt posséder un peu de tous les aspects précédents, qu'une couleur précise.

Les observations publiées jusqu'ici nous autorisent à déterminer le brunâtre comme couleur prédominante.

c) *Consistance*. — Ordinairement un peu mous, souvent durs et quelquefois friables, les calculs varient beaucoup au point de vue de leur consistance.

d) *Grosueur*. — Ils ont en général la grosseur d'un noyau de cerises.

Ajoutons, que le nombre de calculs rencontrés est variable. Cinq fois sur dix environ, il n'existe qu'un seul calcul.

Pour mieux saisir la description générale des calculs appendiculaires nous allons passer en revue dans la statistique-tableau suivante, les différents aspects des calculs examinés sur 65 sujets. Nous l'empruntons au professeur Roux de Lausanne.

Dans 65 cas d'appendicite calculeuse il a été constaté les faits suivants, au point de vue du nombre, de la forme, de la couleur, de la consistance, et de la grosseur des calculs.

1° Nombre :

41 fois.....	Calcul unique
22 fois.....	Plusieurs calculs.

Dont : 6 fois, 3 calculs ; 7 fois, 2 calculs ; 1 fois, 4 calculs.

2° Forme :

5 fois.....	cylindrique
4 —	de lentille

3 fois	de haricot
3 —	de noyau de datte
3 —	de grain de café
3 —	ovoïde
3 —	de petite saucisse
2 —	de graine de moutarde
2 —	de grain de blé
1 —	de prunelle
1 —	de noisette (à s'y méprendre)
1 —	de noix vomique
1 —	de grain de pavot
1 —	de fruit d'épine vinette

3° Couleur :

38 fois	Brunâtre
14 —	Blanchâtre
1 —	Jaunâtre
12 —	Indéterminée

4° Consistance :

26 fois	Molle
19 —	Dure
20 —	Indéterminée

5° Grosseur :

9 fois	comme un noyau de cerises
7 —	— — de corme
7 —	— un pois

Les différents aspects du calcul appendiculaire appa-
raissent

sent clairement d'après ce relevé si incomplet soit-il, nous n'avons plus qu'à donner la constitution chimique et microscopique de ces concrétions pour compléter leur description.

CHAPITRE II

Composition chimique et microscopique des calculs

L'analyse chimique des calculs appendiculaires donne en général les mêmes éléments sauf quelques variantes, portant parfois sur la qualité, mais le plus souvent sur la quantité, des matières soumises à l'examen.

Nous avons consulté à ce sujet Votz, Einorn, Eicchorst, et Mathieu ; tous aboutissent à la même conclusion dans leurs expériences.

On trouve dans les calculs d'après ces auteurs :

1° Une matière organique, soluble en partie dans l'éther, et de couleur brunâtre.

2° Des sels calcaires et surtout du phosphate de chaux, un peu de magnésie et de carbonate de chaux.

3° Des traces de chlorures et de sulfates.

Dans les concrétions très dures, la quantité de sels calcaires est considérablement en excès par rapport, à la matière organique.

Butler, ayant eu à analyser plusieurs calculs, rencontra dans une concrétion assez grosse de l'oxalate de chaux en

notable quantité à côté de mucus et de graisse ; Wicken, par deux fois, trouva également de l'oxalate mélangé avec du phosphate.

Une analyse complète de Pelet assistant de chimie au laboratoire de l'Université de Lausanne nous donne sur huit calculs traités, les substances suivantes :

Carbonate de chaux.....	notable proportion
Phosphate de chaux.....	— —
Phosphate de magnésie..	traces
Chlorures.....	traces
Sulfates.....	traces
Fibrine.....	
Matière organique.....	

La composition chimique de ces éléments se rapproche, on le voit, de celle des concrétions calculeuses de l'intestin et varie assez fort avec la composition des calculs biliaires ; il est toutefois bon de remarquer qu'ici en plusieurs circonstances, les chimistes ont noté la présence de cholestérine en petite quantité, disséminée au milieu des sels remarquables.

De ces différentes analyses il y a donc lieu d'affirmer l'existence de la lithiase appendiculaire ; ces concrétions trouvées dans le canal ne sont donc point exclusivement ni des graines de fruit, ni des poils, ni de simples boulettes fécales ; sans doute ces sortes de corps se rencontrent dans l'appendice, sans pour cela qu'on puisse constater

une lithiase appendiculaire à leur endroit, mais (10 à 12 fois pour cent en général) la lithiase appendiculaire entité morbide particulière, distincte sous bien des rapports de l'appendicite commune s'offre seule aux investigations du médecin.

L'examen microscopique des calculs, nous fixe sur leur disposition anatomique ; nous y trouverons même un élément très important pour étudier leur étiologie tout à l'heure.

Si l'on sectionne une concrétion calculeuse par son centre, on rencontre généralement :

Au milieu, un noyau unique, rarement deux (bien qu'on en puisse trouver dans la même concrétion plusieurs).

Dans ce noyau s'aperçoivent souvent des matières diverses, telles que particules végétales, fèces, poils, pépins, grains, etc. etc.

Tout autour du noyau s'étalent en nombre plus ou moins considérables, des couches calcaires disposées concentriquement, plus ou moins bien marquées, et plus ou moins foncées.

Les diverses coupes de calculs que nous avons pu reproduire sur la planche placée à la fin de ce travail, nous montrent d'une façon parfaite, le noyau central entouré de couches concentriques ; on peut, en les examinant, remarquer le système d'apposition selon lequel ces couches se sont formées ; ce fait très important pour expliquer la genèse du calcul, nous l'utiliserons tout à l'heure, il nous servira à établir d'une façon évidente, cette genèse au sujet de laquelle tant d'opinions erronées ont été émises,

TROISIÈME PARTIE

Etiologie. — Pathogénie

Sur des faits sérieux et précis, émanant de recherches dues au chirurgien, au chimiste et au micrographe, nous avons affirmé l'existence de vraies concrétions calculeuses dans le canal de l'appendice. Bien que différant un peu des autres concrétions rencontrées dans l'économie à l'état pathologique, elles n'en sont pas moins comme elles, un résultat de processus morbide soumis à des lois, et suivant une marche spéciale. La confusion entre calculs et boulettes fécales ou corps étrangers, ne saurait donc plus exister, inutile de nous altarder davantage sur ce point : Le fait est acquis.

Les considérations qui vont suivre, sont d'un ordre plus délicat ; cette question de l'étiologie et de la pathogénie de l'affection calculeuse, a donné lieu à de vives discussions et soulevé de vraies tempêtes au sein du monde médical ; aussi n'est-ce pas sans quelques craintes que nous abordons le sujet ; là où de grands maîtres et de grands noms

se sont mesurés sans pouvoir toujours s'entendre, un modeste élève doit-il oser élever la voix ?

Nous avons malgré tout cette audace, parlant sous le couvert de la plus entière bonne foi, et certain de pouvoir compter d'avance, sur la bienveillance des maîtres et de nos aînés dans la carrière médicale.

Hérédité. — C'est un grand mot que l'hérédité, et à la fois une chose bien bizarre quant elle n'est pas au surplus triste et malheureuse. On a usé comme aussi quelquefois abusé de l'héréditarisme en médecine au sujet de beaucoup d'affections ; son influence est assurément incontestable et la parole qui se trouve dans la Bible à son endroit ne saurait malheureusement être parfois plus vraie. « Les pères ont mangé des raisins verts, et les dents des enfants en ont été agacées ». La qualité de médecin, ne doit pas cependant porter en général au pessimisme.

On a voulu voir dans l'hérédité un des sérieux facteurs de l'appendicite calculeuse ; M. le professeur Dieulafoy se fait surtout le grand champion de cette idée. Pour lui la lithiase appendiculaire, serait un malheureux héritage que l'enfant recevrait de ses parents, héritage fatal auquel on ne peut renoncer ni se soustraire ; de même que la lithiase biliaire, la lithiase rénale, etc, l'affection qui nous occupe, rentrerait dans le cadre des diathèses avec toutes les propensions que ces dernières possèdent.

M. le professeur Dieulafoy étaye sa théorie sur des observations précises montrant en effet d'une façon claire et manifeste, combien elle peut être acceptable.

Roux de Lausanne a eu la même idée et comme le maître français il faisait précéder de faits probants tous ses considérants.

Nous ne nous permettrions pas de contredire par de simples paroles, de semblables autorités ; cependant, après avoir relu les observations que nous citons, et très sérieusement examiné celles que nous publions nous-mêmes (voir surtout obs. I et II), nous trouvons chez deux de nos malades franchement atteints de lithiase appendiculaire : 1^o l'absence complète d'héréditarisme, 2^o une bonne santé habituelle exempte de toute tare arthritique.

Faut-il de ces faits infirmer l'exactitude de la théorie visant l'héréditarisme ? Pas le moins du monde, elle peut fort bien se soutenir ; du reste les discussions récentes auxquelles Rendu, Jalaguier, Brun, etc., ont pris part dans les sociétés savantes, montrent quoiqu'elles ne spécifient pas (appendicite calculeuse), qu'il existe souvent des appendicites dites familiales, frappant ou en même temps, ou tour à tour, plusieurs membres d'une même famille.

De plus l'état des calculeux au point de vue de leur santé habituelle, laisse le plus souvent à désirer dans quelques points ; par conséquent l'idée de voir dans la lithiase appendiculaire un méfait de l'état diathésique, et la ressemblance de cette dernière sous bien des aspects avec la lithiase biliaire, vrai diathèse celle-ci, donneraient une grande valeur à la théorie émise.

On peut donc jusqu'à une certaine mesure, invoquer

l'héréditarisme diathésique comme cause de la lithiase appendiculaire.

Age. — L'enfant bien plus que l'adulte paie son tribut à la lithiase de l'appendice ; les statistiques concordent toutes à ce sujet ; pourquoi cette fréquence ?

D'abord (et nous le comprendrons mieux en traitant de l'évolution du calcul) l'enfant est moins fort, moins propre à la résistance, que l'homme ; et comme il est exposé au cours d'une affection de ce genre, aux attaques multipliées d'agents infectieux, il n'y a pas de doute à cet égard pour qu'il puisse moins bien que l'adulte résister et opposer des moyens sérieux de défense.

Un autre motif s'impose à nous comme cause de cette fréquence ; tout à l'heure nous envisagerons la formation du calcul, et disons-le dès maintenant il ne vient pas absolument formé, de l'intestin, mais ses premiers matériaux arrivent dans le canal par cette voie ; or si l'on considère l'entrée de ce même canal chez l'adulte où elle est filiforme et à peu près fermée par la valvule de Gerlach, et chez l'enfant où elle est évasée en entonnoir parfois privé de sa valvule, n'est-il pas plus facile à ce dernier de se laisser pénétrer par toutes sortes d'éléments septiques ou non, infectieux ou anodins ? Dès lors la facilité plus grande de communications avec les autres régions chez l'enfant que chez l'adulte entraînerait la plus grande fréquence de l'affection déjà dangereuse par son côté héréditaire.

Sexe. — Le sexe est à considérer dans la lithiase appendiculaire. Contrairement à la maladie biliaire elle frappe

surtout l'homme. C'est ainsi que plusieurs auteurs entre autres Le Guern, Volz, Jacob, Bossard, Helmann dans leurs statistiques en ont conclu.

D'après leurs observations portant sur différents cas, nous trouverions :

	Cas	Hommes	Femmes
	—	—	—
Le Guern.....	171	130	32
Volz.....	46	37	9
Jacob	21	17	4
Bossard.....	26	22	4
Heilmann.....	21	15	6

La différence de supériorité numérique est, on le voit, marquée entre les deux sexes.

On pourrait arguer de cette observation, que l'homme se trouvant plus exposé aux fatigues corporelles, aux traumatismes et aux mouvements de toutes sortes, que la femme serait, par le fait, dans un état de réceptivité morbide plus grand que cette dernière. Quoiqu'il en soit, l'expérience reste concluante pour affirmer la grande fréquence de la lithiase appendiculaire chez l'homme.

Profession. — Les surmenés de tous genres cela se comprend sans peine offrent un terrain admirablement prêt à l'invasion de la maladie.

Race. — Est-il vrai qu'une race plutôt qu'une autre, soit tributaire de l'appendicite calculeuse? Certains auteurs ont prétendu que les anglo-saxons étaient surtout sujets à cette

maladie, et cela pour la raison bien simple qu'ils mangent tous les jours du pain d'orge. Le fait de la présence dans le canal appendiculaire, de graines légumineuses chez quelques malades opérés, a conduit ces auteurs à soulever une idée de ce genre. Elle n'est rien moins que prouvée. Sans doute la lithiase appendiculaire sévit dans ces pays, mais la proportion de calculeux n'est pas plus forte chez eux qu'ailleurs. Du reste l'orge transformé en pain est préalablement réduit en farine et de plus passé au crible ; il n'existe dès lors pas plus de motifs pour voir plutôt des appendicites calculeuses chez les anglo-saxons mangeurs de pain d'orge, que chez les Français par exemple, mangeurs de pain de blé provenant lui aussi d'une petite graine.

Grossesse. — Il y a quelques années, le professeur Dieulafoy émettait l'idée encore inconnue du développement possible de l'appendicite calculeuse par la grossesse. Cette dernière lithiase recevait comme sa voisine la biliaire la même contre-coup de l'état puerpéral ; les cas relatant cette influence ne sont pas c'est vrai bien nombreux, mais il en existe plusieurs permettant de l'établir clairement. Deux observations précises du professeur Dieulafoy nous montrent l'appendicite calculeuse surgissant au milieu de la grossesse, et l'opération pratiquée urgemment contre cette affection, permettant de constater après résection de l'appendice, la présence réelle de deux gros calculs. Pinard, Budin ont émis la même opinion. Nous renvoyons nous-même à une observation inédite (voir n° V

publiée à la fin de ce travail ou l'on trouve chez une accouchée opérée, une appendice calculeux, de même que par des analyses répétées, une insuffisance hépatique et rénale très nettes. Ici le terrain diathésique avait été fouillé dans les principaux lieux d'élection fréquentés par la maladie.

Comment expliquer cette influence de la grossesse sur l'appendice ? On n'est encore pas bien fixé à ce sujet. Cependant le ralentissement de la nutrition les divers phénomènes mécaniques résultant de l'état des organes de la gestation à cette époque de la vie d'une femme, de plus le travail microbien singulièrement favorisé par ce même état puerpéral en cette région si populeuse en bacilles ne peuvent-ils pas donner une idée du rôle joué par la grossesse vis-à-vis d'un organe fragile et possédé (c'est plus haut le cas) par une arthritique.

Nous exposons ces causes sans chercher à les discuter.

Alimentation. — Le genre d'aliments ingérés par l'homme a-t-il quelque influence sur le développement d'une appendicite ? nous n'oserions pas l'affirmer bien que l'idée soit tentante. Citons néanmoins pour mémoire, le cas d'un médecin allemand ayant trouvé chez un malade opéré pour une appendicite, un gros calcul de carbonate de chaux, dont le malade avait absorbé une notable quantité huit jours avant.

Après avoir passé en revue les diverses causes capables d'amener la lithiase appendiculaire, étudions maintenant l'évolution de ce calcul et sa pathogénie,

Un appendice a été ouvert, on trouve dans son canal une concrétion calculeuse ; comment a-t-elle pu pénétrer jusque-là ?

De deux choses l'une, ou bien la concrétion est venue de l'intestin toute formée, franchissant simplement l'entrée du canal ; ou bien cette concrétion est née dans le canal lui-même. Une autre hypothèse ne paraît pas admissible.

La première idée ne saurait être acceptée et pour plusieurs motifs plausibles.

D'abord comment un calcul, fut-il de la grosseur d'un pois, eût-il pu franchir l'entrée filiforme du canal appendiculaire et forcer la valvule de Gerlach qui garde cette entrée ? Même en admettant par impossible l'élasticité de ce corps, il lui eût été difficile de passer outre. Assurément on peut objecter à ces arguments qu'il arrive parfois à la suite de violentes projections et d'une distension musculaire extraordinaire qu'un corps étranger d'assez fort volume puisse pénétrer dans l'appendice. C'est vrai, mais l'exception ne saurait être la règle. Du reste des expériences concluantes ont été tentées à cet effet.

Biemer et Bossard ont essayé à plusieurs reprises de faire pénétrer un noyau de cerises dans le canal et c'est avec une peine infinie que parfois ils y sont arrivés, lorsque d'autres fois il leur a été impossible de réussir.

Une autre preuve de cette impossibilité, réside dans la constatation d'Einhorn. Cet auteur, examinant de nombreux intestins au niveau de l'entrée du canal de l'appendice, trouva à la hauteur de la valvule : 44 noyaux de pru-

nes, 8 de cerises, des fragments d'os, de bois, du sable; la valvule était gangrenée, mais l'appendice était libre.

Si le passage du processus valvulaire était si commode, jamais semblable amoncellement ne se serait produit.

Mais si nous faisons appel aux données histologiques relatées plus haut, la constitution même du calcul soumis à une section nous montre qu'il s'est formé sur place; en effet un nombre plus ou moins grand de couches concentriques, allant du centre à la périphérie apparaît sur cette coupe, indiquant nettement leur formation par apposition, et par suite leur formation sur place.

Sans doute la matière organique située au centre du calcul indique une pénétration antérieure, c'est encore vrai : toutefois, sa présence n'entraîne pas la venue du calcul lui-même.

Nous abandonnons par conséquent la première hypothèse émise tout à l'heure.

Si ce calcul n'est pas arrivé de toutes pièces dans l'appendice, il est donc né dans la lumière de son canal. Comment ce phénomène s'est-il produit ?

L'existence de matières fécales diluées, ou plus ou moins dures, dans presque tous les appendices, nous révèle ce fait : que la valvule de Gerlach, si elle s'oppose en général à l'entrée de corps relativement volumineux, laisse passer des particules fluides nous dirons même assez consistantes. Tous les opérateurs ont pu constater l'exactitude de cette opinion.

D'un autre côté si nous nous reportons à l'analyse mi-

microscopique des calculs nous voyons à leur centre, dans tous les cas examinés, cette matière fécale de pénétration, on doit donc reconnaître que le premier élément de la concrétion calculeuse est constitué par de la matière fécale venue de l'intestin ; de telle sorte que si l'on veut, les calculs appendiculaires entreraient bien dans le canal de l'appendice, mais en miniature ou à l'état embryonnaire.

Cette matière fécale, que va-t-elle subir pour se transformer ?

Rappelons-nous plusieurs points signalés plus haut : D'abord la conformation interne de l'appendice, organe surtout sécrétoire, pourvu de glandes mucipares en considérable quantité, centre important de phagocytose en raison de ses follicules clos multiples.

Ensuite le nombre inouï de microbes vivant dans ce tissu dont le coli-bacille est l'hôte principal.

Enfin, cette fameuse expérience de Galipe plaçant de la salive dans un flacon, au milieu des amas de micro-organismes qui s'y développent, et voyant bientôt après des cristaux de carbonate de chaux se déposer sur cette salive. Tous ces détails nous feront saisir la formation du calcul.

Une particule de matière fécale arrive dans le canal de l'appendice d'un individu prédisposé, sa présence irrite les parois de ce canal déjà éminemment irritable et sécrétoire ; sous l'influence de cette irritation, les glandes mucipares secrètent abondamment leur mucus, les mi-

crobes joignent leur action à celle du tissu lymphoïde et le résultat de ce travail plus ou moins long va se déposer sur le noyau fécal qui est englobé, perdu, et disparaît au milieu des nouvelles matières de formation.

Ainsi se développe un calcul appendiculaire, simple particule de matière organique au début et transformé par suite d'un travail microbien et cellulaire en la concrétion que l'on observe.

Cette théorie est-elle exacte et réellement l'explication du phénomène ? Nous le croyons. En tous cas, pour qui connaît l'influence microbienne dans certains milieux, les dispositions de ces mêmes milieux, elle est non seulement vraisemblable, mais encore très satisfaisante.

Ici va se poser une question d'une excessive délicatesse.

Que deviennent, ce ou ces calculs ?

Dans bien des cas, (Eichhorst en cite plusieurs) ces calculs restent dans le canal appendiculaire tout comme la simple matière fécale en bouillie, sans produire le moindre accident sans éveiller le moins du monde par le plus léger symptôme l'attention du médecin par leur présence ; de telle sorte qu'ils passent inaperçus durant la vie, et deviennent de véritables trouvailles d'autopsie.

Nous nous rappelons avoir rencontré dans le service de M. le docteur Troisier à Beaujon, un de ces calculs solitaires fixé au milieu du canal de l'appendice et que par hasard en froissant le cœcum lors d'une autopsie nous avions senti ; l'appendice réséqué puis ouvert ne présentait rien d'anormal.

Il arrive parfois aussi, que par un effort de propulsion considérable, l'appendice expulse de son canal cet hôte incommode ; des faits de ce genre, peu nombreux, il est vrai, ont été signalés, il est de notre devoir de le relater ; le calcul sort alors de l'organe comme le calcul biliaire de la vésicule, à la suite d'une violente douleur.

Mais ce sont ici de très rares exceptions, les choses se passent ordinairement de façon bien différente ; nous allons suivre ce calcul depuis sa naissance, jusqu'au moment où le médecin qui jusque-là peut l'avoir soupçonné est, malheureusement parfois, forcé de constater sa présence.

Nous disions plus haut, que le calcul est la résultante d'un travail cellulaire et microbien, un produit infectieux par conséquent et de nature infectante par suite : — Pas de calculs sans infection et pas d'appendicite calculeuse, sans calcul infectant.

Comment se fait-il dès lors qu'il est possible de rencontrer des appendicites avec calculs, simples corps étrangers anodins, stagnant dans un canal appendiculaire parfaitement sain ?

L'explication de ce phénomène est facile à fournir : précisément, quoique la chose paraisse à *priori* paradoxale, on peut découvrir les calculs précités en raison même de la nature infectieuse du calcul appendiculaire.

Suivons ce calcul à son début ; tout d'abord particule organique de matière fécale, ou autre, il vient (nous le répétons, infectieux par lui-même), se déposer sur les parois

d'un canal sensible, délicatement tramé, merveilleusement riche en lymphatiques, en glandes de toutes sortes, habité par des colonies de microbes virulents, séditieux au possible (qu'on nous passe cette expression) et toujours prêts à manifester cruellement leur force, dès qu'une influence extérieure quelconque, se permet de les exciter.

Que va-t-il se passer alors ? Sous l'irruption de cette particule organique, les parois du canal, réagissent, sécrètent le produit de leurs glandes mucipares, et avec l'aide des agents microbiens qui pullulent dans leur sein, se précipitent contre l'envahisseur ; bientôt la particule fécale est de toutes parts englobée, puis à mesure que la réaction devient plus forte, de nouvelles couches de matières sécrétées viennent s'ajouter aux premières primitivement déposées, et ainsi de suite, jusqu'au moment où la masse calculeuse ait atteint un certain volume.

De deux choses l'une : ou bien alors l'organisme va se trouver assez fort pour résister à cette prolifération cellulaire, et la phagocytose assez puissante pour triompher des microbes ennemis ; en ce cas le travail infectieux va s'arrêter pour bientôt disparaître, et le cacul constitué, va rester simplement dans la lumière de l'appendice, sans qu'il en résulte pour son possesseur le moindre inconvénient ; voilà la réponse de l'objection présentée plus haut.

Ou bien l'organisme, affaibli par les doubles tares diathésique et héréditaire, ou peu résistant pour tout autre motif, va bientôt se trouver dans un état d'infériorité marquée ; le travail infectieux va s'accroître et le calcul

augmentant petit à petit la stratification de ses couches, va obturer entièrement la lumière du canal ; c'est le moment où ces brusques secousses dont l'appendicite calculeuse est particulièrement coutumière, se font ordinairement sentir et c'est l'instant où l'intelligence du médecin appelé la plupart du temps sous la douleur de ces secousses, doit particulièrement s'exercer.

En effet, comme conséquence de l'obturation du canal (obturation dont le siège varie souvent) une cavité close s'est formée au-dessous de l'obstacle, les microbes par eux-mêmes si virulents sont devenues de ce fait, bien plus virulents encore, et sous leurs attaques, un travail inflammatoire rapide et considérable a commencé, dirigé cette fois contre la paroi et l'appendice ; le calcul occupant le siège de sa formation n'a pas bougé ; mais si une intervention entreprise à propos, n'est pas venu contrarier ce processus, les choses vont se modifier terriblement ; les parois de l'appendice frappées sans cesse par les coups répétés des microbes, sont devenus extraordinairement faibles, elles vont résister plus ou moins longtemps encore, mais en un ou plusieurs points sans doute plus accessibles, bientôt elles vont finir par céder par se diminuer et s'entr'ouvrir.

Il est facile de deviner les conséquences de ces perforations ; un coup d'œil jeté sur les observations publiées plus bas peut nous renseigner à ce sujet ; une péritonite à complications plus ou moins retentissantes en est la règle ordinaire et malheureusement elle n'a toujours pas besoin

pour se produire, de ce phénomène. Sous les efforts de leur virulence exaltée les microbes du canal entreprennent parfois une véritable migration à travers ses parois, et, font précéder la rupture de cette même paroi, d'accidents qui marquent bruyamment leur marché migratrice.

Le calcul lui peut avoir suivi deux voies bien différentes : ou bien il s'est écoulé dans la cavité péritonéale à travers l'ouverture pratiquée dans la paroi de l'appendice ; ou bien il est resté dans le canal, où le couteau du chirurgien quand ce n'est pas le scalpel de l'anatomo-pathologiste vient le découvrir.

L'influence de l'obturation du canal a été niée par bien des auteurs ; comme nous avons pour but de parler ici du genre d'appendicite dit lithiasique, seulement, nous osons avancer que cette influence n'est guère contestable dans l'espèce. Du reste des faits très probants l'ont maintes fois établie et parmi eux nous citerons volontiers l'expérience si intéressante de Rouville :

« L'auteur introduit dans l'appendice du lapin, un corps étranger susceptible d'augmenter de volume à la manière d'un calcul (une tige de laminaire). Or l'inflammation prend naissance, au moment où la laminaire gonflée, oblitérait la lumière du canal appendiculaire ».

On ne saurait donner de preuve plus convaincante de ce fait ; cette expérience plaiderait en faveur de la théorie que nous rapportons et dont tout l'honneur revient à M. le Professeur Dieulafoy.

Nous avons accompagné le calcul dans ses diverses évo-

lutions. Faut-il, comme on l'a dit, voir en lui la cause unique des perforations ? Oui et non : Oui car sans calcul il n'existe pas de travail inflammatoire. Non, car sans travail inflammatoire, il n'y a pas de calcul.

L'un et l'autre ou l'un à cause de l'autre, mais tous deux solidairement, sont les facteurs de ces accidents.

Nous devrions, pour être complet, étudier en un chapitre spécial, les lésions de l'appendice dans la lithiase appendiculaire ; mais elles sont si variées, elles retentissent dans des régions parfois si éloignées, qu'il est bien difficile de s'étendre à leur sujet, dans le cadre fatalement restreint d'une thèse. Si l'on examine un appendice calculeux et la région dans laquelle il se trouve, que ce soit sur la table d'opération ou sur celle de l'amphithéâtre, les aspects les plus divers nous sont offerts, pour chaque cas. Toute une gamme se déroule depuis la simple inflammation jusqu'à la gangrène totale de l'organe parfois si malmené qu'il n'existe guère plus qu'à l'état de souvenir. Quant à la région péri-appendiculaire elle peut-être saine comme aussi présenter les diverses lésions de la péritonite septique.

Mieux du reste que des considérations plus ou moins complètes, la lecture des observations qui vont suivre pourront fixer sur la nature la variété, et le siège des lésions anatomiques dues à la lithiase appendiculaire.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Docteur Thierloix, ainsi que la suivante.

M. de X... , 33 ans. Jamais malade, très vigoureux, habitué à tous les sports. Monte régulièrement à cheval et à bicyclette.

Père et mère en excellente santé, pas d'appendicites dans la famille.

Le *jeudi* 18 avril, passe la soirée au bal, danse plusieurs fois, soupe avec beaucoup d'appétit, et rentre en excellente santé.

Vendredi 19. — Va à ses affaires de 8 à 10 heures ; tout-à-coup il sent une douleur sourde dans le ventre qui lui paraît peser extraordinairement, la douleur n'est pas fixe.

A midi prend une tasse de thé, quelques heures après une seconde, mais il la vomit.

Souffrant plus fort il se couche.

Dans la soirée les douleurs stomacales se calment mais viennent se poser dans le côté droit au flanc.

Défense musculaire nette, un peu d'hypéresthésie.

20. — Tuméfaction, douleurs persistantes, défense musculaire. Consultation avec le docteur X..., chirurgien des hôpitaux.

Expectation. Glace sur le ventre. Pas de vomissements ni de nausées.

21, 22, 23. — Pas d'améliorations. Pouls 80. A huit heures la malade accuse une grande faiblesse, et rend des gaz. Lavement évacuateur.

24. — La position n'a pas varié.

25, 26. — Faiblesse augmentée, pas de vomissements, quelques nausées. Temp. 39°3. Pouls 88.

27. — La tuméfaction a augmenté ainsi que la fièvre ; nouvelle consultation, où l'intervention chirurgicale est décidée et acceptée

28. — Opération. L'incision de la paroi mène sur une poche contenant environ un verre à bière de pus, d'où s'échappent des gaz fétides, l'appendice paraît perforé, le petit doigt introduit dedans rencontre un *gros calcul* dur à facettes, accompagné de *2 autres calculs plus petits*.

Lavage, drainage.

Guérison sans complications quelques jours après.

OBSERVATION II

E. L..., 37 ans, jamais malade. Réglée à 12 ans, toujours bien réglée ; 3 enfants bien portants.

Père et mère bien portants. Pas d'appendicite dans la famille. N'a jamais été soignée pour des troubles intestinaux, pas d'entérite d'aucune sorte.

1^{er} mai 1900. — Est prise *subitement* de douleurs abdo-

minales s'irradiant et se fixant dans la fosse iliaque droite; vomissements bilieux. Temp. 37°5.

2 mai. — Défense musculaire prononcée à droite, persistance des douleurs et des vomissements.

3 mai. — Temp. 38°5, pouls 80. Faiblesse considérable mais l'état général semble bon.

5 mai. — Opération conseillée par le docteur Thiroloix et après quelques hésitations acceptée par la malade.

Opération. — L'incision fait découvrir une grosse poche pleine de pus et de gaz fétides; elle est ouverte, on voit au fond l'appendice perforé. Résection de l'organe où l'on trouve trois calculs, dont deux gros comme des haricots.

Suites de l'opération normales.

Guérison sans complications.

OBSERVATION III

Recueillie dans l'ouvrage du Docteur Lafforgue

Homme de 45 ans, jouissant d'une bonne santé habituelle, opéré pour une appendicite, on constate après résection et ouverture du canal, les faits suivants :

L'appendice a 9 cent. de long; il renferme une concrétion calculeuse mesurant 31 millimètres en longueur et 17 en largeur dans ses dimensions les plus grandes; il est solidement fixé dans une coque molle et blanchâtre qui l'entoure de toutes parts; des fausses membranes s'insèrent sur les parois appendiculaires; elles sont en certains points fibreuses, et présentent une assez grande résistance.

Coulloumme

4

Le calcul est allongé, ovoïde, l'une de ses extrémités se termine en pointe émoussée ; sa surface extérieure offre un aspect cristallisé sur la plus grande partie de son étendue. Il a aussi de petites facettes, la plupart parallèles s'entrecroisent parfois obliquement.

Chimiquement, la substance qui la constitue est un phosphate.

OBSERVATION IV

Due ainsi que les six suivantes à l'obligeance de
M. Chapon, externe des hôpitaux.

Appendicite aiguë avec péritonite aiguë généralisée.
— Opérée. — Guérie.

La nommée Elisa Br..., 16 ans 1/2, entrée le 13 octobre 1900 à l'hôpital Tenon.

Opérée le même jour. Sortie guérie le 23 novembre.

a) *Histoire de la maladie.* — Sans passé génital. Début de l'affection actuelle, brusque, le 12 octobre ; caractérisé par une douleur syncopale au niveau de la fosse iliaque droite. Frissons, sueurs froides. Etat général grave. Pouls 130. Température 37°8 lorsque la malade rentre à l'hôpital où on l'opère d'urgence.

b) *Opération.* — M. le Docteur Poirier. — Laparatomie latérale droite. Péritoine inondé d'un pus gangréneux évalué à 1 litre.

Dans le petit bassin on trouve l'appendice gangrené perforé. Il contient une concrétion dure, ayant la forme

d'un noyau de prune et formé de matières disposées en couches stratifiées. L'appendice est réséqué. Drainage du petit bassin, sous-hépatique et abdominal.

Deux points de suture seulement. Sérum intra-veineux 1 litre pendant 3 jours.

Chûte de la température le deuxième jour; amélioration progressive dans les jours suivants. La malade sort guérie le 23 novembre.

Revue plusieurs fois depuis elle jouit d'une bonne santé et n'a pas d'éventration.

OBSERVATION V

Appendicite aiguë calculuse avec péritonite généralisée chez une nouvelle accouchée.

La nommée Juliette Char..., 15 ans et demi.

Entrée le 13 février 1901. Opérée le 16 février. Morte le 3 mars.

a) *Histoire de la maladie.* — Cette malade accouchée le 15 janvier 1901 d'un enfant vivant a été prise le 10 février de nausées suivies de vomissements. En même temps des douleurs abdominales très fortes l'obligèrent à garder le lit.

(Elle se levait et vaquait déjà à son travail depuis une dizaine de jours).

Le 12 février, frissons, fièvre, état général grave, on l'admet en médecine où elle se présente, mais le diagnostic est hésitant.

En effet à son entrée, peu d'hypéresthésie cutanée, peu

de résistance de la paroi abdominale, point douloureux non localisé au Mac Burney, en revanche point ovarien droit très douloureux, il est même difficile de pratiquer le toucher tant le cul-de sac latéral droit est sensible.

L'état général devient grave, le pouls bat 110, la température monte à 38°5. Deux vomissements verdâtres ont lieu dans la nuit du 15 au 16.

En présence de semblables symptômes l'interne en médecine fait passer la malade en chirurgie où on décide une opération immédiate.

b) *Opération.* — M. Prat. — Sous le chloroforme, la malade présente une légère défense musculaire de la paroi, surtout à droite.

La fosse iliaque est empâtée, mais il n'y a pas de fluctuation. Par le toucher, l'utérus est trouvé petit, mobilisable, en légère antéflexion, il n'est pas rencontré de masse annexielle.

Le diagnostic d'appendicite étant porté, on ouvre la paroi. Un premier abcès de pus fétide est découvert entre la fosse iliaque et le cœcum. L'appendice tuméfié, adhérent, est compris entre le cœcum une anse grêle et une frange épiploïque très augmentée de volume. Il est perforé, gangrené et contient un calcul de la grosseur d'un noyau de cerise.

Résection de l'appendice, résection de son méso très augmenté de volume et friable. Ouverture au niveau du bassin d'un deuxième abcès. le pus est fétide, mal lié, il s'en écoule un demi-litre. Dans la grande cavité péritonéale le pus est fétide, mal lié (1 litre). Drainage, drain pelvien, abdominal et dans la fosse iliaque. La plaie est laissée béante. 1 litre de sérum intraveineux. Pansement.

Amélioration progressive pendant les premiers jours

malgré un peu de toux que la malade avait avant son opération.

20 février. — On constate un peu du ballonnement du ventre. Pouls à 120. Temp. 37°1. Un abcès limité du côté du moignon appendiculaire est ouvert avec une sonde cannelée. Nouveau drainage.

Le soir, amélioration. Temp. 37°5.

Le 23 février la température monte à 39°, le pouls à 132. Phénomènes de péritonite s'accroissant progressivement, le ventre se ballonne, la langue est sèche, vomissements alimentaires, puis verdâtres, cependant le facies reste bon, la malade n'accuse aucune douleur.

En présence de cet état grave nouvelle intervention le 25 février, on détruit les adhérences, on ouvre trois petites collections de pus lié contenant une cuillerée à café de liquide. Dans la grande cavité : sérosité. Cinq drains sont placés.

Le 26 février les phénomènes généraux s'accroissent, la température monte brusquement de 38° à 40°5, le foie est douloureux, le ventre se ballonne de plus en plus et à partir de ce moment là seulement le facies devient grippé.

Saignée de 300 grammes suivie de 1000 grammes de sérum intraveineux.

Le 3 mars, coma et mort.

L'autopsie ne put être faite, mais une analyse d'urines renouvelée à plusieurs reprises par le pharmacien du service put dénoter chez cette malade la présence d'une insuffisance hépatique et rénale.

OBSERVATION VI

Appendicite aiguë avec abcès péri-cœcal. — Appendice perforé. — Calcul dans le canal, — Etat général grave, les lésions n'étant cependant qu'au début. — Opération à la troisième crise. — Guérison.

Le nommé G..., 46 ans.

Opéré fin janvier 1899 au 3^e jour de la 3^e attaque.

a) *Histoire de la maladie.* — Deux crises antérieures, la dernière en 1897. Est repris il y a quelques jours brusquement. Douleurs au Mac Burney, vomissements. Au 2^e jour de la crise la température marque 38°8, le pouls est petit, filiforme, l'état général alarmant. L'opération est décidée pour le lendemain.

b) *Opération.* — M. le Dr Poirier : On arrive sur le cœcum, après dissection avec le doigt, d'adhérences molles, glutineuses ; l'appendice assez court présente une perforation à 2 cent. du sommet, et croise le détroit supérieur sans descendre dans la cavité pelvienne ; il contient « un gros calcul ». A la base d'insertion de l'appendice, un foyer purulent s'est développé, ouverture de ce foyer, résection de l'appendice. Ici la péritonite n'est qu'à son début et « si l'état général du malade était manifestement grave », les lésions péritonéales ne sont qu'à peine ébauchées, quelques adhérences glutineuses, quelque peu de rougeur et c'est tout. Large drainage de l'abcès, drainage péritonéal. Deux points de suture aux angles de la plaie. Amélioration rapide. Guérison. Le malade suivi depuis

par le docteur Brouard, n'a pas d'éventration, la cicatrice est résistante,

OBSERVATION VII

Appendicite aiguë avec calcul. — Péritonite septique généralisée. — Opérée. — Guérie.

Le nommé Maurice Tach., 17 ans, boucher.

Entré le 19 janvier 1899.

Opéré le 20 janvier.

Sorti guéri le 22 mars.

a) *Antécédents.* — Le petit malade est ordinairement bien portant ; il nous dit avoir eu il y a 2 ans environ, une crise de douleurs abdominales du côté droit, précédée de malaises, d'inappétence et de nausées ; au début de la crise il eut une sensation de flux d'eau salée dans la bouche. Les phénomènes s'amendèrent au bout de quelques jours.

b) *Maladie actuelle.* — Dans la nuit du 15 au 16 janvier ce malade est tout d'un coup saisi d'une grande agitation qui le réveille à plusieurs reprises, mais il ne souffre aucunement.

Le 16 au matin surviennent des nausées, des flux d'eau salée dans la bouche en grande abondance, il peut toutefois se lever.

Mais, vers 10 heures, la fosse iliaque droite commence à le faire souffrir atrocement et le maximum de la douleur occupe le Mac Burney. Vomissements, inappétence absolue. A 4 heures, les douleurs augmentent, des

frissons apparaissent, le malade est obligé de s'aliter. La nuit est mauvaise, les douleurs deviennent de plus en plus violentes.

Le 17, accentuation des phénomènes.

Le 18, les douleurs sont telles que le moindre mouvement provoque un cri (douleur exquise dans la fosse iliaque).

Le malade a une selle diarrhéique.

Le 19, vomissements, il entre le soir à 11 heures à Tenon.

Le 20 au matin, état général grave. Facies grippé. Douleurs extrêmement vives, hypéresthésie remarquable, l'exploration est supportable, temp. 39°8, pouls 112.

c) *Opération* : M. le Dr Poirier. — Le malade endormi, on constate un empatement net dans la fosse iliaque droite. Laparotomie latérale.

A l'ouverture du péritoine 1 litre de liquide séro-sanguinolent s'échappe, il est peu odorant, rempli de fausses membranes. Les anses intestinales sont adhérentes, agglutinées les unes aux autres. L'appendice volumineux (gros-seur de l'index) contient un coprolithe immobilisé à son tiers moyen et est perforé au-dessus de ce calcul ; on le résèque.

Deux drains sont placés, l'un dans la grande cavité péritonéale, l'autre dans la fosse iliaque.

Le soir, la température a baissé, l'état général est meilleur. L'amélioration continue.

Le 28 janvier le drain péritonéal est supprimé, la plaie est en voie de cicatrisation.

Le 4 février le second drain est enlevé. Le malade sort le 22 mars. Revu en février 1901 ; il jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION VIII

Appendicite aiguë avec calcul. — Abscess péri-appendiculaire localisé. — Opérée. — Guérie.

Le nommé Victor Ley... 40 ans, charron.

Entré le 13 février 1900 à Tenon.

Opéré le 14 février.

a) Histoire de la maladie. Depuis un an environ, le malade avait fréquemment des douleurs dans le ventre accompagnées de vomissements alimentaires, de constipation. Cependant jamais il ne garda le lit.

Le 2 février 1900 il se sent plus fatigué, souffre de quelques coliques, éprouve des nausées, mais ne quitte pas son travail.

Le 12 février à 7 heures du matin il est pris au milieu de ses occupations, mais sans ressentir la moindre douleur, de vomissements verdâtres ; à 9 heures brusquement après la cessation des vomissements une douleur violente bien limitée à la fosse iliaque, droite le saisit ; le malade était constipé et n'était pas allé à la selle depuis trois jours.

13 février. Les douleurs augmentant il entre à Tenon. On constate à son arrivée l'exaspération de ces douleurs et une défense musculaire à droite très nette.

La langue est sèche, l'anorexie complète mais l'état général paraît bon. Temp. 37°, le Pouls 92.

Le diagnostic appendicite étant posé, on propose au malade l'opération qu'il refuse.

Le 14 février. Temp. 39° avec un bon pouls. Exagération

des douleurs que les applications de glace ne peuvent calmer. De nouveau l'opération est proposée et cette fois acceptée.

b) Opération. M, le Dr Poirier. Laparotomie latérale. On trouve : Un abcès péri appendiculaire rétro-cœcal contenant environ 300 grammes de pus bien lié : Un appendice très dilaté contenant un calcul. Pas de perforation.

Drainage de l'abcès, suture des angles de la plaie.

Amélioration rapide et guérison définitive le 21 mars 1900.

OBSERVATION IX

Appendicite aiguë avec gros calcul. — Pelvi-péritonite. — Opérée. — Guérie.

Le nommé R... 31 ans fondeur.

Entré le 27 octobre 1900.

Opéré le même jour.

Sorti guéri le 22 novembre.

a) *Histoire de la maladie.* — Le malade souffre du ventre depuis quelques temps, les douleurs surtout se faisaient ressentir à droite.

* Il entre en médecine le 27 octobre 1900, et en présence de l'aggravation de l'état général, on décide de l'envoyer opérer en chirurgie le même jour.

b) *Opération.* — M. Prat. Une incision latérale est pratiquée. On ne trouve pas de liquide dans le ventre ; les anses intestinales libres, sont rouges et légèrement enflammées. L'appendice est dans le petit bassin accolé aux

anses ; le méso-appendice est volumineux et très enflammé. Résection et ouverture de l'appendice qui contient un gros calcul. Drainage, plaie laissée béante.

L'examen de l'appendice montre un envahissement polynucléaire des follicules, l'épithélium de surface présente une desquamation légère.

La température ne tarde pas à tomber, l'état général s'améliore dès le lendemain. Pas de suites anormales. Le malade sort guéri le 22 novembre.

OBERVATION X

Le nommé C. Desy..., 23 ans.

Entré le 20 août 1900 à Tenon.

Opéré le 21 août.

Sorti guéri le 26 septembre.

a) *Histoire de la maladie.* — Ce malade raconte avoir éprouvé tout d'un coup, le 18 août, une vive douleur dans la fosse iliaque droite, en même temps sont survenus des vomissements bilieux ; cet état de choses persistant le 20 août, il entre à l'hôpital Tenon.

On constate à l'entrée, l'existence des symptômes précédents et de plus il est facile en palpant la fosse iliaque droite, de sentir au point de Mac Burney une masse dure et très douloureuse à la pression.

Devant cet état de choses, on propose au malade l'intervention chirurgicale qui est acceptée.

Opération. — Docteur Auvray. Laparatomie latérale, extirpation de l'appendice qu'on ouvre et dans le canal duquel on constate une congestion intense et plusieurs

petits calculs constitués par de la matière organique et des sels calcaires. Une fistule retarde la guérison, qui le 26 septembre est complète.

Suites normales ; le malade a joui depuis d'une bonne santé.

Diagnostic. — Traitement.

S'il existe des cas où le diagnostic de l'appendicite en général, peut donner lieu à de cruelles méprises, même chez des cliniciens de talent, comme cela est arrivé quelquefois, nous sommes autorisé à dire que ce diagnostic est ordinairement facile. Ainsi n'en est-il pas si l'on considère le genre d'appendicite, et puisque nous étudions ce sujet, le type lithiasique principalement.

Nous serions très heureux de pouvoir exposer ici un moyen sûr et inévitable de découvrir chez un malade, cette affection grosse de conséquences; or des probabilités seulement nous sont encore données aujourd'hui, pour établir un vague soupçon de diagnostic direct à son endroit.

On connaît les signes de l'appendicite en général, inutile de les répéter; douleur au Mac-Burney, défense musculaire, hyperesthésie, soudaineté et persistance des symptômes, etc., etc., tout cela devient pour ainsi dire familier au médecin et à l'étudiant de nos jours; supposons qu'un ou plusieurs de ces signes se présente chez un malade dont la famille a compté parmi ses membres des lithia-

siques, chez un arthritique, un gouteux, un diathésique quelconque ; au cours ou à la suite d'une grossesse, il existe dans ces divers cas bien des chances pour que le genres d'affection qui s'offre à nos investigations, soit une lithiasé appendiculaire ; des recherches, nous l'avons vu au cours de ce travail, nous ont montré le côté héréditaire, le stigmate diathésique de ce type d'appendicite, nous avons nous pu rendre compte de l'influence marquée de l'état puerpéral sur lui, dès lors en présence de signes semblables n'est-il pas permis sinon de diagnostiquer sûrement, du moins de pressentir avec quelque assurance une affection calculeuse de l'appendice ? Ces données constituent à notre avis un réel symptôme dont on peut à bon droit tenir grand compte.

En lisant les nombreuses observations publiées sur l'appendicite, nous avons été frappé d'un fait en ce qui concerne la lithiasé appendiculaire. Plusieurs malades atteints de cette maladie vérifiée après opération, se trouvaient avoir éprouvé antérieurement, à assez longue date, des crises subites, douloureuses d'appendicite, disparues très vite, sans laisser la moindre trace jusqu'au jour où elles se représentaient avec persistance : Rochaz, dans sa thèse semble avoir constaté le même fait : sur 58 cas de lithiasé appendiculaire opérés, on relevait 24 fois des accès antérieurs. nous avons pu nous-même sur les observations que nous publions trouver quatre cas de ce genre.

Cette constatation mérite d'être rapportée, car elle peut guider le médecin, que presque jamais l'on n'appelle à une

première crise, et qu'on se garde bien de déranger si cette crise disparaît.

Nous la relatons en toute sincérité, ajoutant que bien des fois, le début s'il est brusque dans l'éclosion de la douleur, marque bientôt une aggravation des symptômes et annonce une persistance que le traitement rapide et bien conduit peut seul faire cesser.

Encore une fois il est bien difficile de poser un diagnostic précis de lithiasé en présence d'une appendicite clairement observée ; l'erreur n'est pas considérable, si on la commet ; il faut par exemple bien se garder de poser le diagnostic lorsqu'il n'existe pas trace d'appendicite, les conséquences qui en découleraient pouvant être autrement graves et pour le malade et pour le médecin.

En quête d'appendicite à étudier de visu, nous étions allé ces temps derniers dans un grand service de chirurgie où un de nos amis devait nous montrer une opération intéressante d'appendicite ; c'est seulement sur la table qu'il nous fut permis de voir le malade, préparé chirurgicalement et par suite impossible à examiner. Un point excitait surtout notre curiosité à l'endroit de ce malade ; entré à l'hôpital dans un service de médecine depuis deux à trois jours, sans présenter de symptômes fébriles, mais avec un plastron tout à fait pathognomonique, il racontait avoir éprouvé bien antérieurement à la date de son arrivée les premiers symptômes de son affection, disparus depuis. Rapprochant ce fait de ceux cités plus haut nous avions hâte de voir cet appendice. Disons tout d'abord que

la physionomie et la maigreur du malade jeune homme de 21 ans qui ne présentait nullement l'aspect d'un appendiculaire nous avaient frappé, un doute en le voyant avait même surgi dans notre esprit. L'opération commence et avec elles les considérations sur le danger et les difficultés opératoires d'une appendicite vieillie et aggravée. On arrive sur le cœcum et que trouve-t-on ? Tout à côté, un gros chapelet de ganglions tuberculeux, chez un malade que le facies, la maigreur et quelques signes stéthoscopiques indiquaient ne pas être un tributaire de ce genre d'intervention. Inutile d'ajouter que la plaie fut aussitôt refermée sans insistance.

Nous avons voulu relater cette observation pour montrer les difficultés que le médecin peut rencontrer parfois dans ce genre de diagnostic, les conséquences de ces erreurs, et le soin avec lequel il doit exercer ce que nous appellerons son flair clinique. Se tromper n'est, du reste, pas un crime ; celui-là seul qui n'a rien fait, qui ne fait rien, et qui sous prétexte de prudence exagérée ou ignorante ne s'expose pas, peut avoir le triste et méprisable privilège de ne pas se tromper.

Les lithiases qui dans les régions voisines de l'appendice font ressentir leurs symptômes morbides, peuvent donner parfois lieu à des erreurs de diagnostic ; c'est du reste à leur sujet que les erreurs se commettent le plus ordinairement ; la lithiase biliaire, la rénale, l'intestinale, peuvent être prises pour une lithiase appendiculaire ou vice-versa. Il est de fait qu'elles possèdent entre elles des symptômes

nous ne dirons pas semblables, mais ayant quelques traits de ressemblance.

Cependant le point où siège la douleur, l'atrocité de cette douleur, sa persistance, son absence d'irradiations où si elle s'irradie faiblement, son maximum au Mac-Burney montreront clairement une appendicite. Ici en effet il n'y a pas et il n'y a jamais d'irradiation à l'épaule droite comme dans la lithiasé biliaire, de l'exaspération au niveau du rein comme dans la rénale, de dissémination comme dans l'intestinale.

La défense musculaire manque dans ces dernières, le facies caractéristique de l'appendiculaire avancé n'est pas le facies angoissant par intervalles des autres lithiasiques sous le coup de leur crise. Ces crises chez ces derniers, n'ont pas la persistance la durée de celles dont souffre le lithiasique appendiculaire, etc. etc.

Enfin le tableau général s'il se ressemble, renferme certains traits qui caractérisent l'une et ne se retrouvent pas chez les autres. C'est au lit du malade et non pas sur des ouvrages si bien écrits soient-ils qu'on pourra du reste se familiariser avec ce diagnostic.

Nous avons essayé de décrire la lithiasé appendiculaire; s'il existe au cours de ce travail quelques données personnelles, il y a beaucoup de redites, et des emprunts nombreux; nous n'aurons pas en effet la prétention déplacée de faire une œuvre absolument originale.

A toute étude clinique il est nécessaire de joindre un traitement de l'affection étudiée.

Dans la lithiase appendiculaire le traitement est simple, et il n'en existe qu'un capable nous ne disons pas de guérir seulement le malade, mais de l'arracher à une mort certaine. C'est l'intervention chirurgicale: prompte et complète; Son indication, découle de la nature même de la maladie processus infectieux à marche rapide et envahissante, à effets foudroyants parfois; dans sa pathogénie, nous l'avons montré à l'état naissant, puis nous avons essayé d'en décrire les étapes; si l'on se reporte à cet article, on se souvient du coup de foudre dont nous parlions, or ce coup de foudre est l'annonce significative du moment favorable à l'intervention, le processus a déjà commencé et est sur le point de continuer une marche de plus en plus destructive, il faut l'arrêter alors, car moins le mal est grand et répandu plus facilement on le peut atteindre, est le seul moyen est dans supprimer la cause, l'expérience nous montrant que cette suppression nullement même à très longue échéance celui qui en est l'objet.

Temporiser est ici non pas une faute mais souvent un crime; nous ne pouvons pas connaître le degré d'envahissement du mal, nous ne savons pas si dans quelques instants qui suivent celui où s'est déclaré, il provoquera les accidents graves dont il est coutumier, ou si longtemps après seulement ces accidents éclateront.

Mais il est une chose que nous savons, cette entité morbide est due à des agents infectieux qui parfois très vite, d'autres fois plus lentement, produisent des ravages limi-

tés d'abord, à large expansion ensuite pouvant donner la mort ; nous sommes avertis de l'existence de ces ravages presque toujours à temps pour les arrêter si nous y consentons. Par conséquent étant donné que l'incertain règne sur le moment où ces ravages vont devenir dangereux : sachant d'autres parts qu'ils arrivent toujours à se produire, il est de notre devoir de les arrêter tout de suite, aussitôt que leur présence nous est signalée. Or le moyen nous l'avons déjà dit consiste à supprimer l'agent d'infection et lieu infecté.

Comme conclusion de cet article reproduisons ces paroles du professeur Dieulafoy : « Avec une opération faite en temps voulu et selon les règles de l'art, jamais on ne devrait mourir d'appendicite calculeuse. »

CONCLUSIONS

La lithiase appendiculaire est un type spécial, nettement caractérisé, de la grande famille des appendicites.

On la rencontre environ 12,5 fois sur 100.

Son processus est un processus infectieux.

Les calculs se forment dans le canal appendiculaire et non pas ailleurs.

On en trouve un en général mais il s'en rencontre parfois plusieurs.

La présence du calcul dans le canal de l'appendice n'entraîne pas toujours par elle-même de dangers ; elle peut même passer inaperçue durant la vie.

Les calculs sont formés de sels calcaires variés stratifiés en couches autour d'un noyau organique.

La lithiase appendiculaire ne souffre pas d'autres traitements que le traitement chirurgical.

Vu : Le Président de la thèse,
HUTINEL.

Vu : Le Doyen,
P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer.
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD,

**Explication de la Planche ci-contre dessinée sur
nos indications par notre ami M. P. Sénac que
nous remercions bien sincèrement.**

FIG. E — Appendice avec dilatation ampullaire de son extrémité on aperçoit en haut une concrétion calculeuse.

FIG. B — Appendice ouvert montrant plusieurs calculs.

FIG. C — Cœcum avec appendice à type ascendant.

FIG. D — Le même — à type descendant.

FIG. A — Diverses coupes de calculs montrant le noyau central et les couches calcaires concentriques

FIG. A — Types de calculs appendiculaires au-dessous.

... ..

... ..

... ..

... ..

... .. — 2.
... ..
... .. — 3.
... ..

... .. — 4.
... ..

... ..



A.



a.



b.



c.



d.



e.



f.



g.



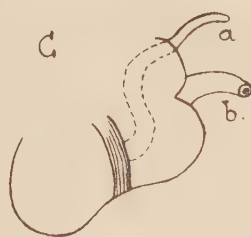
h.



i.



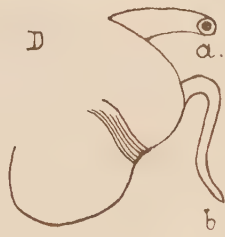
B.



C.

a.

b.



D.

a.

b.



E.

5

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages et Travaux consultés

- ACHARD. — Abscess alvéolaires. Soc. méd. des hôpit., 1894.
BARBIER. — Gazette médicale de Paris, 1892.
A. BROCA. — L'appendicite, 1900.
BARNESBY. — Thèse de Paris, 1899.
BARUCH. — Pathognomonic sign. of perforating. app.
(Med. rec.) 1892.
BRUN. — Presse médicale, août 1906.
CLADO. — Recherches.
DANSEUX. — Soc. anatomique de Paris, 1893.
DIEULAFOY. — Société médicale des hôpitaux, 1895.
— Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1898 et 1899.
— Pathologie interne, 1901.
DURET. — Journal des Sc. médicales de Lille, 1893.
DUPERTUIS. — Péritonite suraiguë par un calcul du
cœcum, 1863.
HOUSE. — Thèse de Paris, 1896.
FERRAND. — Académie de médecine, 1899.
FAISANS. — Appendicite familiale, 1896.
JALAGUIER. — Société de chirurgie, 1895.
DE KLECHI. — Annales de l'Institut Pasteur, tome I.

- LAFORGUE. — Thèse de Lyon, 1893.
LEGUEU. — De l'appendicite, 1897.
LEGENDRE. — Société médicale des hôpitaux, 1897.
LOISON. — Revue de chirurgie, 1895.
LETULLE. — Presse médicale, 1896.
LEJARS. — France médicale, 1890.
MATHIEU. — Les maladies de l'estomac et de l'intestin.
PINARD. — Académie de médecine, 1898.
PAGE. — The Lancet, 1894.
POTHERAT. — Appendicite, péritonite. Soc. anat., 1892.
PONCET. — Académie de médecine, 1896.
RENDU. — Soc. médicale des hôpitaux, 1896.
RECLUS. — Académie de médecine, 1899.
DE ROUVILLE. — Presse médicale, 1896.
ROCHAZ. — Thèse de Lausanne, 1395.
ROUX. — Revue de la Suisse romande, 1890.
— Neuvième Congrès de chirurgie, 1895.
ROUTIER. — Soc. de chirurgie, 1895.
ROGER ET JOSUÉ. — Soc. médicale des hôpitaux, 1896.
P. SÉBILEAU. — Leçons de chirurgie, 1899.
TALAMON. — Appendicite et pérityphlite.
TUFFIER. — Calculs de l'uretère ou de l'appendice. Sem. méd., 1899.
TESTUT. — Anatomie descriptive.

